

KARTA ZGŁOSZENIA NA
kurs specjalistyczny
UWAGA: PROSZE WYPEŁNIAĆ PISMEM DRUKOWANYM !!!

Nazwa kursu: _____
/ pełna nazwa kursu wg harmonogramu /

Organizator: **Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego**

ul. Mostowa 27/409, 61-854 Poznań,

Tel. 61 610 10 98 tel.kom. 783 314 474, Fax 61 610 10 99,

e-mail: eckp@eckp.poznan.pl

www.eckp.poznan.pl

KONTO: 82 1140 2004 0000 3302 6240 8960

Termin kursu: _____

1. Imię i nazwisko: _____, nazwisko rodowe: _____

2. Imiona rodziców: _____ data i miejsce urodzenia: _____

3. Adres zamieszkania: KOD POCZT. _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____

4. Adres do korespondencji: _____ E-MAIL _____ TELEFON _____

5. NIP: _____ PESEL: _____

6. Wykształcenie zawodowe: _____
/ nazwa szkoły, miejscowość, data ukończenia /

7. Numer i data wydania prawa wykonywania zawodu: _____

8. Staż pracy zawodowej ogółem: _____ 9. Staż pracy zgodny z kierunkiem kursu: _____

10. Obecne miejsce pracy: _____
/ nazwa zakładu, adres, telefon /

11. Zajmowane stanowisko : _____

12. Odbyte szkolenia podyplomowe: _____
/ nazwa szkolenia, kursu /

13. Opłata za szkolenie zostanie uiszczona:

- a. we własnym zakresie *
- b. przez pracodawcę w całości *
- c. przez pracodawcę w części *
- d. przez sponsora *

POTWIERDZENIE pracodawcy lub sponsora (w przypadkach b, c lub d):

Uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez EUROPEJSKIE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO Bartosz Uchmanowicz dla potrzeb związanych z realizacją programu szkolenia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, Dz.U. nr 4 poz. 1182 z późn. zmianami).

/ miejscowość, data /

/ podpis składającego zgłoszenie /

UWAGA: Do zgłoszenia należy dołączyć **zaświadczenie o stażu pracy w zawodzie pielęgniarki / położnej** (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz.U..Nr 197,poz.1923 § 23 ust.2 z 2003r.) oraz kserokopię prawa wykonywania zawodu

* niepotrzebne skreślić